

**WISCONSIN MEDICAID ELDERLY / BLIND / DISABLED
APPLICATION AND REVIEW
ПРОГРАММА MEDICAID «МЕДИКЕЙД» ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ / СЛЕПЫХ / НЕТРУДОСПОСОБНЫХ
ЗАЯВЛЕНИЕ И ОБЗОР**

Инструкции: Перед заполнением этой формы прочтите прилагаемые инструкции. Используйте только синие или черные чернила.

РАЗДЕЛ 1 – ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

Если Вы заполняете это заявление/обзор для кого-то другого, то к нему должна быть приложена форма Medicaid Authorization of Representative Form «Разрешение программы Медикейд на участие представителя заявителя» (HCF 10126). Информация, представленная в этом заявлении, должна быть о заявителе, а не о его представителе.

Если это новое заявление – нуждаетесь ли Вы в помощи по оплате медицинских услуг, полученных за три последних месяца? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Отметьте язык, на котором Вы хотите, чтобы было напечатано уведомление о возможности Вашего участия в программе. <input type="checkbox"/> Английский <input type="checkbox"/> Испанский	Основной язык, на котором говорят в доме.	Date Received (Office Use Only)	RFA Number (Office Use Only)
---	--	---	------------------------------------	---------------------------------

Имя лица, подающего заявление на участие в программе Медикейд (Фамилия, Имя, Отчество)
--

Телефон

Адрес проживания (улица, город, штат, индекс)

Почтовый адрес (только если отличен от адреса проживания) (улица, город, штат, индекс)
--

РАЗДЕЛ 2 – ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

	Имена (Фамилия, Имя, Отчество) (Ваше и, если Вы женаты/замужем, Вашей(го) супруги(а)).	Укажите ранее использовавшиеся имена. (Имя до замужества, имя от предыдущего замужества, другие имена).	Подает ли заявление на участие в программе Медикейд?	Раса или этническая принадлежность (Необязательно-смотрите инструкции)	Social Security Number «Номер социального страхования» (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе)	Пол
1- Заявитель (Цифра «1» в каждом разделе означает Заявителя)			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
2 – Супруг(а) (Цифра «2» в каждом разделе означает Супруга(у))			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

РАЗДЕЛ 2 – ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ (продолжение)

	Дата рождения (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)	Код семейного положения (смотрите инструкции, чтобы выбрать правильный код)	Являетесь ли Вы гражданином США? (Только для тех, кто обращается с заявлением на участие в программе)	Являетесь ли Вы ветераном?	Признала ли Social Security Administration «Администрация социального обеспечения» Вас слепым или нетрудоспособным?	Если Вы нетрудоспособны и в настоящее время не работаете, хотите ли Вы работать?	Получали ли Вы ранее SSI «Дополнитель ную материальную помощь»?
1			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2			<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

РАЗДЕЛ 3 – ДОХОД ОТ ОСНОВНОГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
(Продолжите список на другом листе, если требуется больше места)

Работаете ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а)? (Укажите самостоятельную занятость в Разделе 4, «Доход от самостоятельной занятости»)
 Да Нет Если "Да", подробности укажите ниже. Если «Нет», переходите к Разделу 4.

Имя работающего лица	Имя и адрес работодателя	Дата начала работы	Ожидаемый в этом месяце валовый месячный доход (до налогов и других вычетов)	Валовый месячный доход, ожидаемый в следующем месяце (до налогов и других вычетов)
			\$	\$
			\$	\$

РАЗДЕЛ 4 – ДОХОД ОТ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ЗАНЯТОСТИ
(Продолжите список на другом листе, если требуется больше места)

Являетесь ли Вы и/или Ваш(а)супруг(а) самостоятельно занятым лицом? Да Нет Укажите суммы нетто, предоставленные на налоговых формах Internal Revenue Service (IRS) «Налоговой Службы».

Имя самостоятельно занятого лица	Название и адрес бизнеса	Тип бизнеса	Чистый годовой доход	Заявленная сумма амортизации	Доход, который Вы ожидаете получить в этом году

РАЗДЕЛ 5 – ДОХОД, НЕ СВЯЗАННЫЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ
(Продолжите список на другом листе, если требуется больше места)

Имеете ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а) доход, не связанный с профессиональной деятельностью? Да Нет Если «Да», укажите ниже все доходы, не связанные с профессиональной деятельностью.

Имя лица, получающего доход	Вид/источник (смотрите инструкции)	Валовая сумма дохода в месяц (до налогов и вычетов)	Имя лица, получающего доход	Вид/источник (смотрите инструкции)	Валовая сумма дохода в месяц (до налогов и вычетов)
		\$			\$
		\$			\$
		\$			\$

РАЗДЕЛ 6 – РАСХОДЫ НА СОДЕРЖАНИЕ СЕМЬИ

Укажите расходы на содержание семьи (смотрите инструкции для примеров таких расходов). (Продолжите список на другом листе, если требуется больше места)

Имя лица, оплачивающего расходы	Тип расходов	Сумма	Как часто платится

РАЗДЕЛ 7 – ЛИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

Опишите медицинские расходы	Укажите, являются ли расходы на медицинские услуги/лекарства рабочими или нерабочими расходами	Сумма	Как часто платится? (Ежемесячно, два раза в месяц, еженедельно)
	<input type="checkbox"/> Рабочие расходы <input type="checkbox"/> Нерабочие расходы	\$	
	<input type="checkbox"/> Рабочие расходы <input type="checkbox"/> Нерабочие расходы	\$	
	<input type="checkbox"/> Рабочие расходы <input type="checkbox"/> Нерабочие расходы	\$	
	<input type="checkbox"/> Рабочие расходы <input type="checkbox"/> Нерабочие расходы	\$	

РАЗДЕЛ 8 - ИМУЩЕСТВО

Укажите все имущество, которым владеет проситель(и). Включите собственность, которой проситель владеет совместно с другим лицом. Не включайте стоимость персональных вещей семьи, если только среди них нет очень дорогих вещей, и транспортные средства. Продолжите список на другом листе, если требуется больше места.

	Имя/имена владельцев	Текущая стоимость в долларах	Описание (название банка/финансового учреждения и номер счета)	Имя/имена владельцев	Текущая стоимость в долларах	Описание (название банка/финансового учреждения и номер счета)
Наличность		\$			\$	
Текущий счет		\$			\$	
Сберегательный счет		\$			\$	
Недвижимость/со бственность		\$			\$	
Похоронное имущество/похор онная страховка		\$			\$	
Страхование жизни		\$			\$	
Другое (укажите вид)		\$			\$	
Другое (укажите вид)		\$			\$	
Другое (укажите вид)		\$			\$	

РАЗДЕЛ 9 – ИНФОРМАЦИЯ О ТРАНСПОРТНОМ СРЕДСТВЕ

Укажите все транспортные средства, которыми владеет проситель(и). Включите транспортные средства, которыми проситель владеет совместно с другим лицом. Продолжите список на другом листе, если требуется больше места.

Тип транспортного средства	Год выпуска, марка и модель транспортного средства	Имя/имена владельцев	Какова сумма долга (сколько осталось выплатить)? (Если задолженности нет, поставьте «0»)	Используется ли транспортное средство для посещения врача?	Используется ли транспортное средство для того, чтобы добраться на работу, в учебное заведение, школу, или для сельскохозяйственных работ?
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
			\$	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

РАЗДЕЛ 10 – ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

	Имеете ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а) медицинскую страховку (отличную от Медикейд)?	Дата, когда страховка вступила в действие (месяц/день/год)	Сумма страхового взноса	Как часто платится взнос? (Поквартально, ежемесячно, два раза в месяц, и т.п.)	Кто платит взносы?	Имя владельца страхового полиса	Кто покрывается страховкой?	Название и адрес страховой компании	Страховой номер (может включать членский номер, номер подписчика, отделения, группы)
1	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$						
2	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		\$						

ПРОДОЛЖЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

	<p>Покрываетесь ли Вы и/или Ваш(а)супруг(а) Wisconsin Health Insurance Risk Sharing Program (HIRSP) «Программой распределенного риска медицинского страхования штата Висконсин»?</p>	<p>Должны ли Вы и/или Ваш(а)супруг(а) оплачивать медицинские счета, полученные в результате лечения последствий несчастного случая? Или имеет ли кто-нибудь из вас находящийся в процессе рассмотрения или оплаты иск по поводу несчастного случая?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если «Да», отметьте, должны ли Вы и/или Ваш(а)супруг(а) оплачивать медицинские счета, полученные в результате лечения последствий несчастного случая, или кто-то из вас имеет находящийся в процессе рассмотрения или оплаты иск по поводу несчастного случая.</p>	<p>Получаете ли Вы и/или Ваш(а)супруг(а) услуги части «А» или «Б» программы Medicare «Медикэр»?</p>	<p>Номер карточки Медикэр (Если Вы и/или Ваш(а)супруг(а) получаете услуги программы Медикэр, укажите номер Вашей карточки Медикэр).</p>	<p>Если Вы соответствуете необходимым для этого условиям, хотите ли Вы и/или Ваш(а)супруг(а), чтобы взнос за часть «Б» платился за вас штатом Висконсин?</p>
<p>1</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> Подлежащие оплате медицинские счета, полученные в результате лечения последствий несчастного случая</p> <p><input type="checkbox"/> Иск или его оплата находятся в процессе рассмотрения</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>		<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
<p>2</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><input type="checkbox"/> Подлежащие оплате медицинские счета, полученные в результате лечения последствий несчастного случая</p> <p><input type="checkbox"/> Иск или его оплата находятся в процессе рассмотрения</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>		<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>

РАЗДЕЛ 11 – ПЕРЕВОД РЕСУРСОВ

Если это необходимо, сотрудник может обратиться к Вам за дополнительной информацией. (Продолжите список на другом листе, если требуется больше места)

<p>Отдавались ли какие-нибудь ресурсы или имущество в течение последних трех лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если «Да», перечислите виды ресурсов или имущества, их стоимость, и даты, когда они были проданы или отданы.</p>		<p>Организовывали ли Вы и/или Ваш(а) супруг(а) или финансировали доверительный фонд в течение последних пяти лет ?</p>		<p>Если Вас поместят в лечебное заведение, хотите ли Вы, чтобы Ваш(а) супруг(а) получил(а) максимально разрешенную часть Вашего дохода? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если «Нет», какую часть Вы хотите, чтобы он(а) получал(а).</p>	
1	Вид ресурса/имущества	Вид ресурса/имущества:		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$
	(месяц/день/год) \$	(месяц/день/год) \$	Вид (месяц/день/год)		
2	Вид ресурса/имущества	Вид ресурса/имущества		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	\$
	(месяц/день/год) \$	(месяц/день/год) \$	Вид (месяц/день/год)		

Заполните нижеприведенную таблицу, если Вы и/или Ваш(а) супруг(а) находитесь в доме престарелых или госпитале.

	Имя лица, находящегося в доме престарелых или больнице	Название дома престарелых или больницы	Дата поступления в каждый дом престарелых или больницу
1			
2			

РАЗДЕЛ 12 – Ваши права и обязанности

Пожалуйста, прочтите инструкции Раздела 12, «Ваши права и обязанности», до того, как расписаться.

Я понимаю вопросы и положения на форме этого заявления. Я понимаю, какие наказания могу понести за предоставление ложной информации или нарушение правил. Я удостоверяю, под страхом наказания за лжесвидетельство и клятвopреступление, что все мои ответы правильны и закончены, насколько я это знаю, включая предоставленную информацию о гражданстве или иммиграционном статусе каждого члена семьи, обращающегося за льготами. Я понимаю эти требования и согласен предоставить документы, подтверждающие то, что я сказал. Я понимаю, что агентство может обратиться к другим лицам или организациям для получения необходимого доказательства возможности моего участия в программе и определения уровня льгот. (Если вместо подписи заявителя стоит пометка «X», два свидетеля должны подписаться в отведенных для этого полях).

ПОДПИСЬ – Заявитель/Представитель/Опекун/Лицо на основании доверенности /Попечитель	Дата
ПОДПИСЬ – Заявитель/Представитель/Опекун/Лицо на основании доверенности /Попечитель	Дата
ПОДПИСЬ – Свидетель (необходим, если вверху вместо подписи заявителя стоит пометка «X»)	Дата
ПОДПИСЬ – Свидетель (необходим, если вверху вместо подписи заявителя стоит пометка «X»)	Дата